

## ANMELDUNG

(bitte so schnell wie möglich an Zora zurückschicken!)

für die Veranstaltung	Pferdewochenende (bitte gewünschten Termin ankreuzen): Samstag/Sonntag <input type="radio"/> 28/29 März 2020 (15-21 Jahre) <input type="radio"/> 16/17 Mai 2020 (12- 15 Jahre) <input type="radio"/> 10/11 Oktober 2020 (15- 21 Jahre) Kosten: 60€ (inkl. Fahrt, Verpflegung, Übernachtung)
Name, Vorname	
Straße	
PLZ Ort	
Telefon	
E-Mail	
Geburtsdatum	

Sind Sie damit einverstanden, dass wir Ihre Kontaktdaten speichern? Nur dann dürfen wir Ihnen zukünftig die Flyer mit weiteren Terminen für Pferdewochenenden zuschicken. Die Daten werden ausschließlich für diesen Zweck gespeichert und an niemanden weitergegeben.

- Ja  
 Nein

Wenn Sie keine Post mehr bekommen möchten, können Sie jederzeit eine Mail schicken und wir löschen ihre Kontaktdaten.

Kostenbeitrag von 60€ wird überwiesen an:

Bank für Sozialwirtschaft  
 IBAN: DE 90 700 205 00 000 780 380 2  
 BIC: BFS WDE33MUE

Verwendungszweck: Bitte unbedingt das Datum der Veranstaltung und den Namen der Teilnehmerin angeben!

Barzahlung

Bitte beachten: Die Anmeldung ist gültig, sobald das unterschriebene Formular bei Zora eingegangen ist. Sollte die Veranstaltung ausfallen, so werden die Kosten zurückerstattet. Bei Abmeldung bis zu 7 Tagen vor dem Wochenende müssen 50% Ausfallgebühren bezahlt werden. Bei Nichtantreten der Veranstaltung muss der volle Kursbetrag bezahlt werden. Im Krankheitsfall wird bei Vorlage eines ärztlichen Attests die Kursgebühr rückerstattet.

Das Vortreffen findet am Mittwoch um 16.30-18.00, 10 Tage vor dem Pferdewochenende im IMMA Cafe in der Jahnstraße 38 statt und ist Voraussetzung für die Teilnahme am Wochenende. Den genauen Termin teilen wir bei Anmeldung mit.

## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG BEI MINDERJÄHRIGEN

Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass meine Tochter/das von mir betreute Mädchen am Pferdewochenende vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ teilnimmt.

Ich versichere, dass meine Tochter/das von mir betreute Mädchen körperlich gesund und belastbar genug ist, um den Anforderungen eines pädagogischen Erlebniswochenendes gewachsen zu sein. Mir ist bekannt, dass sich die Aufsichtspflicht nicht auf Handlungen erstreckt, die den Weisungen der Zora-Mitarbeiterinnen entgegenstehen oder zu denen nicht das Einverständnis eingeholt wurde.

- Ich bin damit einverstanden, dass die Mädchen vom Wochenende eine Foto-CD mit Bildern von allen Teilnehmerinnen erhalten. Wir verschicken die Fotos nur dann, wenn alle damit einverstanden sind.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Erziehungsberechtigten

## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG BEI VOLLJÄHRIGEN

Ich versichere, dass ich körperlich gesund und belastbar genug bin, um den Anforderungen eines pädagogischen Erlebniswochenendes gewachsen zu sein.

Weiterhin nehme ich zur Kenntnis, dass seitens der IMMA e.V. beziehungsweise seitens der Zora - Gruppen keine Haftung, auch nicht für etwaige Unfälle während des Wochenendes übernommen werden kann.

- Ich bin damit einverstanden, dass die Mädchen vom Wochenende eine Foto-CD mit Bildern von allen Teilnehmerinnen erhalten. Wir verschicken die Fotos nur dann, wenn alle damit einverstanden sind.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Teilnehmerin

## GESUNDHEITSPASS

Bitte füllen Sie den Gesundheitspass sorgfältig aus. Alle Daten werden streng vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz!

Name, Vorname des Mädchens: \_\_\_\_\_

Erziehungsberechtigte: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_ dienstlich: \_\_\_\_\_

Sind Sie während der Reitferien zu Hause erreichbar?  
Wenn nicht, bitte Kontaktadresse mit Telefonnummer angeben:

\_\_\_\_\_

Muss Ihre Tochter, das von Ihnen betreute Mädchen während der Reitferien Medikamente einnehmen? Ja  Nein   
Wenn ja, schreiben Sie uns das bitte sorgfältig auf und legen Sie diese Informationen diesem Schreiben bei!

Hat Ihre Tochter, das von Ihnen betreute Mädchen eine Krankheit, auf die wir achten sollten? Ja  Nein   
Wenn ja, auf was müssen wir achten?

\_\_\_\_\_

Hat Ihre Tochter, das von Ihnen betreute Mädchen eine Allergie? Ja  Nein   
Wenn ja, auf was müssen wir achten?

\_\_\_\_\_

Welcher Krankenkasse gehört das Mädchen an?

\_\_\_\_\_

Bitte auf alle Fälle die Krankenversicherungskarte mitbringen!

Gibt es sonst irgendwelche Besonderheiten, die wir wissen sollten?

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift

